

## COMMENTAAR

## De term 'whiplash' liever vermijden

## COMMENTAAR OP DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN VOOR ONGECONPLICIEERDE WHIPLASH

Jan Buitenhuis en Peter J. de Jong

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:B7

Op [www.ntvg.nl](http://www.ntvg.nl) wordt de multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van mensen met whiplash associated disorder I/II' toegelicht. In deze richtlijn wordt een actieve aanpak geadviseerd als neurologische afwijkingen en fracturen zijn uitgesloten. Wij doen met dit commentaar een oproep om de term 'whiplash' niet meer te gebruiken in de diagnostiek en de behandeling, omdat recent onderzoek heeft laten zien dat het toeschrijven van klachten aan 'whiplash' mogelijk leidt tot een ongunstigere prognose.

Het opvallendste van de richtlijn is misschien wel dat whiplash geduid wordt als een functioneel syndroom. Het is de vraag of functionele syndromen geen uitingsvormen zijn van één en dezelfde 'functional somatic disorder'.<sup>1</sup> Ook wordt whiplash soms wel beschouwd als een 'modeziekte'. Door de badinerende connotatie van het woord 'modeziekte' is een zinnige discussie over whiplash vaak niet meer mogelijk zodra dat woord gevallen is. Dit geeft aan hoe gevoelig het onderwerp ligt.

De frequentie waarmee whiplash in Nederland wordt gediagnosticeerd wisselt nogal over de jaren. Na een sterke stijging van het aantal patiënten met whiplash in de jaren negentig, lijkt de incidentie in Nederland momenteel sterk af te nemen.<sup>2,3</sup> Ook de aandacht voor whiplash in de wetenschappelijke en de populaire pers lijkt te wisselen; dit steunt de suggestie dat wij hier te maken hebben met een modeverschijnsel. Die suggestie wordt nog verder versterkt door de grote verschillen in prevalentie van whiplashklachten tussen verschillende

landen<sup>4</sup> en de bevinding dat er landen zijn waar whiplash schijnbaar niet voorkomt.<sup>5</sup> Recent onderzoek geeft aanleiding deze aspecten verder te bespreken.

**CAUSALE ATTRIBUTIE**

Onderzoek naar chronische pijn heeft duidelijk gemaakt dat causale attributie en catastroferende gedachten van grote invloed kunnen zijn op het beloop van de klachten.<sup>6</sup> Causale attributie is het idee dat de patiënt heeft over de oorzaak van de klachten. Bij het chronische-vermoedheidsyndroom is gevonden dat causale somatische attributie, dus het toeschrijven van klachten aan een lichamelijke oorzaak, samenhangt met meer symptomen en beperkingen, en een slechtere prognose geeft.<sup>7</sup> Bij somatoforme stoornissen zijn causale attributies aan lichamelijke afwijkingen eveneens in verband gebracht met persistentie van klachten.<sup>8</sup>

**CATASTROFERENDE GEDACHTEN**

Catastroferen kan worden gezien als een disfunctionele denk- of copingstijl waarbij de ontvangen informatie negatief gekleurd wordt en dit wordt vergroot, zoals de naam al zegt, tot relatief catastrofale proporties. Kort gezegd: de patiënt gaat uit van het slechtst denkbare scenario. In onderzoek is aangetoond dat een tendens tot een catastroferende denkstijl samenhangt met een hogere pijnbeleving en relatief sterk invaliderende beperkingen.<sup>9</sup>

Op zichzelf zou het ervaren van spierpijn na een ongeval geen aanleiding hoeven zijn tot het krijgen van catastroferende gedachten over langdurig aanhoudende of blijvende klachten. Spierpijnklachten zijn in de regel goedaardig en kortdurend, en ze verdwijnen doorgaans restloos. Dit geldt ook voor nekklachten na een ongeval. Desondanks is er een categorie mensen die negatieve verwachtingen heeft over het herstel van deze klachten. Volgens recent onderzoek zijn de vroege verwachtingen van mensen met nekklachten over hun herstel mogelijk van doorslaggevende betekenis voor hun prognose.<sup>10</sup>

Maar waar komen die negatieve verwachtingen dan vandaan? Cultureel verankerde kennis en connotaties zijn waarschijnlijk belangrijke factoren bij het ontstaan van disfunctionele verwachtingen. Het is goed denkbaar dat deze verwachtingen deels voortkomen uit een gebrek aan

Universitair Medisch Centrum Groningen,  
disciplinegroep Gezondheidswetenschappen,  
Groningen.

Drs. J. Buitenhuis, onderzoeker  
en verzekeringsarts (tevens: medisch adviseur  
Univé Verzekeringen).

Rijksuniversiteit Groningen, afd. Klinische- en  
Ontwikkelingspsychologie, Groningen.

Prof.dr. P.J. de Jong, psycholoog.

Contactpersoon: drs. J. Buitenhuis  
([j.buitenhuis@med.umcg.nl](mailto:j.buitenhuis@med.umcg.nl)).

kennis over het beloop en de aard van nekklachten na een auto-ongeval. De behandelend arts is voor de patiënt een belangrijke bron van kennis over diens klachten. In de nieuwe richtlijn is het inzicht in de factoren die verantwoordelijk zijn voor de whiplashklachten in feite het aangrijppingspunt. De richtlijn geeft de arts aanwijzingen voor behandeling van en voorlichting aan de patiënt.

#### DE TERM 'WHIPLASH'

De commissie die de richtlijn heeft opgesteld, heeft ervoor gekozen de naam 'whiplash' te handhaven. Door een wetenschappelijke onderbouwing probeert zij deze term te ontdoen van een eventuele negatieve lading. Hoewel dit een beproefde strategie is die op termijn kan leiden tot bijstelling van het beeld dat men heeft van de aandoening en daarmee van de verwachtingen op populatieniveau, valt te verwachten dat dit de nodige tijd zal kosten; in cultuur verankerde connotaties kunnen immers weerbarstig zijn.

Het is geen triviale kwestie welke term men gebruikt voor de diagnose. Recent onderzoek in Nederland maakte duidelijk dat de gebruikte term doorslaggevende invloed kan hebben op de prognose.<sup>11</sup> Zo bleken juist mensen die hun nekklachten na een auto-ongeval toeschreven aan 'whiplash' een relatief slechte prognose te hebben, onafhankelijk van de ernst van de klachten kort na het ongeval. Dit is goed verklaarbaar als men veronderstelt dat de term 'whiplash' allerlei cultureel verankerde, maar onjuiste associaties met het beloop oproept, zoals 'chronische aandoening' of 'ernstige invaliderende klachten', of veronderstellingen over gewenst gedrag, zoals 'voorzichtig zijn met bepaalde bewegingen' en 'de nek vooral

stilhouden'. Uit onderzoek naar rugpijnklachten is gebleken dat dergelijk vermijdingsgedrag het herstel belemmert en de klachten chronisch maakt, met alle invaliderende gevolgen van dien.<sup>12</sup>

Al met al impliceren deze bevindingen dat men niet te licht moet denken over het stellen van de diagnose 'whiplash'. Sterker nog, men zou deze term misschien maar beter helemaal kunnen vermijden, gezien de bevinding dat nekklachten juist een chronisch beloop hadden bij mensen die deze toeschreven aan 'whiplash'.

De bovengenoemde aspecten van de vroege behandeling van nekklachten na een ongeval verdienen bijzondere aandacht, naast de actieve oefentherapie die in de richtlijn genoemd wordt. Wat denkt de patiënt zelf dat er aan de hand is, en waarom? Wat zijn de verdere gedachten en de verwachtingen van de patiënt daarbij? Zijn die wel reëel? Heeft hij of zij bijvoorbeeld catastroferende gedachten? Artsen moeten zich bewust zijn van de mogelijke gevolgen van een diagnose. Juist in het vroege stadium van nekklachten na een ongeval kan een geringe cognitieve bijsturing mogelijk nog een belangrijk effect in de goede richting hebben en een chronisch beloop voorkomen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 10 september 2008

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2009;153:B2

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

## LITERATUUR

- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*. 1999;354:936-9.
- Versteegen GJ, Kingma J, Meijler WJ, ten Duis HJ. Neck sprain in patients injured in car accidents: a retrospective study covering the period 1970-1994. *Eur Spine J*. 1998;7:195-200.
- Montfoort I, Frens MA, Koes BW, Lagers-van Haselen GC, de Zeeuw CI, Verhagen AP. Tragedy of conducting a clinical trial; generic alert system needed. *J Clin Epidemiol*. 2008;61:415-8.
- Ferrari R. Whiplash cultures. *CMAJ*. 1999;161:368.
- Obelieniene D, Schrader H, Bovim G, Miseviciene I, Sand T. Pain after whiplash: a prospective controlled inception cohort study. *J Neurool Neurosurg Psychiatry*. 1999;66:279-83.
- Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*. 1995;62:363-72.
- Butler JA, Chalder T, Wessely S. Causal attributions for somatic sensations in patients with chronic fatigue syndrome and their partners. *Psychol Med*. 2001;31:97-105.
- Rief W, Nanke A, Emmerich J, Bender A, Zech T. Causal illness attributions in somatoform disorders: associations with comorbidity and illness behavior. *J Psychosom Res*. 2004;57:367-71.
- Sullivan MJ, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp DA. Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*. 1998;77:253-60.
- Holm LW, Carroll LJ, Cassidy JD, Skillgate E, Ahlbom A. Expectations for recovery important in the prognosis of whiplash injuries. *PLoS Med*. 2008;5:e105.
- Buitenhuis J, de Jong PJ, Jaspers JP, Groothoff JW. Catastrophizing and causal beliefs in whiplash. *Spine*. 2008;33:2427-33.
- Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med*. 2007;30:77-94.